

N° 9

Medellín, junio de 2009

Cuadernos de Pensamiento social

comfama

Políticas para la Primera Infancia en Colombia:

Oportunidades y vulnerabilidades



comfama



Consejo Directivo

Presidente

Carlos Posada Uribe

Primer Vicepresidente

Mario de J. Valderrama

Principales

Luis Carlos Villegas Echeverri
Juan David Vieira Fernández
José Vicente Cálad Gaviria
Jorge Ignacio Acevedo Zuluaga
Rubén Darío Gómez Hurtado
Guillermo Romero Agudelo
Juan Carlos Ospina González
Gerardo de Jesús Sánchez Zapata

Suplentes

Juan Carlos Beltrán Cardona
Juan Rafael Arango Pava
Javier Marín Montealegre
Jaime Albeiro Martínez Mora
Óscar Iván Díaz Torres
Luis Germán Restrepo Maldonado
Luis Fernando Cadavid Mesa
Héctor Hernán Rúa Yepes

Directora

María Inés Restrepo de Arango

Edición

Subdirección de Cooperación Nacional e Internacional de Comfama

Producción

Unidad de Comunicaciones Comfama

PRESENTACIÓN

Los niños son prioridad

El sistema de atención a la primera infancia en Colombia ha logrado avances significativos, pero también enfrenta complejos desafíos. El fortalecimiento de los programas de atención y el acceso a los mismos es un dilema mundial que concierne por igual a países desarrollados y a economías emergentes.

En algunos de los análisis que incluimos en este número de Cuadernos de Pensamiento es evidente que las instituciones involucradas en el sistema hacen un gran esfuerzo por atender a la población beneficiaria pero aún nos corresponde dar un salto cualitativo en la manera como concebimos la atención a la primera infancia.

En este contexto Comfama impulsa de manera decidida el cuidado a este grupo poblacional, dándole mayor relevancia a estrategias para educar a los padres de familia y a las educadoras de preescolar con el propósito de brindar un servicio integral que contribuya a crear espacios de atención adecuada tanto en el jardín infantil como en el hogar.

Actualmente cubrimos una población de 8.152 niños, de los cuales 6.232 son atendidos en los 18 preescolares Comfama y 1.920 infantes se benefician de los convenios que tiene la Caja en distintos municipios de Antioquia.

En este número de los Cuadernos de Pensamiento Social, los lectores encontrarán valiosos e interesantes análisis sobre el impacto de atender de manera temprana a la primera infancia, también encontrarán estudios sobre el impacto de estas intervenciones en el progreso social y la disminución de la pobreza.

Además, hemos incluido un resumen de algunos programas de atención, como Chile Crece Contigo, Educa tu hijo (Cuba), Familia a tu lado aprendo (Antioquia), Tiempo Oportuno (Bogotá), Buen Comienzo (Medellín) y la experiencia de Comfama, con el propósito de enriquecer el conocimiento a través del intercambio con entidades nacionales e internacionales que están a la vanguardia en materia de investigación e identificación de buenas prácticas para el desarrollo social.

Así, seguimos avanzando en el compromiso de enriquecer el debate sobre temas cruciales para transformar las condiciones de desarrollo humano y social de nuestra sociedad. Esperamos que estas páginas sean una contribución más a este compromiso.

MARÍA INÉS RESTREPO DE ARANGO
Directora



Cuadernos de Pensamiento Social

Nº0 PARAFISCALIDAD Y COMPENSACIÓN:

Muestras de la responsabilidad social empresarial

Nº1 ES POSIBLE SUPERAR LA POBREZA

Nº2 DESAFÍOS INTERSECTORIALES PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE:

Papel del gobierno, de la empresa y de la sociedad

Nº3 DEBATES SOCIALES:

Hechos, mitos y realidades

Nº4 HACIA POLÍTICAS EFICIENTES DE INNOVACIÓN EN AMÉRICA LATINA

Nº5 APUNTES SOBRE POLÍTICA SOCIAL

Nº6 EL DESARROLLO EN UN MUNDO QUE ENVEJECE

Nº7 CLAVES PARA UN MODELO DE DESARROLLO CON EQUIDAD

Nº8 ENCUENTRO INTERNACIONAL:

Servicios financieros, productos al alcance de todos

Nº9 POLÍTICAS PARA LA PRIMERA INFANCIA EN COLOMBIA:

Oportunidades y vulnerabilidades



Carrera 45 N° 49A-16 Teléfono: 510 51 95
Medellín, Colombia
www.comfama.com
comfama@comfama.com.co

Políticas para la Primera Infancia en Colombia: oportunidades y vulnerabilidades

Carlos Eduardo Vélez y María Isabel Restrepo^{1*}

Tabla de contenido

1. Primera Infancia: cimiento del desarrollo	4
El desarrollo del cerebro en un entorno adecuado	4
2. Desatención de la Primera Infancia: pérdidas irreversibles para el individuo y la sociedad	6
Costo individual	6
Costos sociales	6
3. Intervenciones en la Primera Infancia (P.I.): alta rentabilidad	8
Programas y servicios para la P.I.: características de la atención temprana efectiva...	11
4. Población infantil colombiana: vulnerabilidad y pobreza	12
Antecedentes	12
Perspectiva global de la P.I.	13
Situación de la Primera Infancia en Colombia	13
- <i>La P.I. está expuesta a más pobreza</i>	<i>13</i>
- <i>La P.I. en hogares pobres: oportunidades desiguales desde la cuna</i>	<i>16</i>
- <i>Seguridad alimentaria y nutrición: una situación alarmante</i>	<i>19</i>
5. Programas de Atención a la P.I.: experiencias e iniciativas destacadas	23
<i>Chile Crece Contigo</i>	<i>23</i>
<i>Educa a tu hijo: Cuba</i>	<i>24</i>
<i>Familia a tu lado aprendo: Departamento de Antioquia</i>	<i>24</i>
<i>Tiempo Oportuno: Bogotá D.C.</i>	<i>25</i>
Comfama	25
<i>Buen Comienzo: Municipio de Medellín</i>	<i>26</i>
6. Conclusiones	27

1 * Investigador Banco de la República y estudiante de Maestría en Economía, Universidad de Antioquia.

Políticas para la Primera Infancia en Colombia: oportunidades y vulnerabilidades

Carlos Eduardo Vélez y María Isabel Restrepo

Hoy nos gastamos cuantiosos recursos buscando solucionar problemas de los adultos, que podrían haber sido resueltos en la primera infancia, a costos mucho menores.

James Heckman, Premio Nobel de Economía 2000²

Con mensajes como éste se pretende llamar la atención sobre las políticas públicas orientadas a atender una prioridad estratégica de la política social nacional y local, *la atención integral de la primera infancia*. Si bien los infantes colombianos constituyen la población más vulnerable a los choques económicos adversos en nuestras ciudades y campos, este mismo grupo ofrece la mejor oportunidad para marcar un avance en nuestros indicadores de desarrollo humano, con significativas ganancias en equidad y eficiencia económicas de largo plazo.

Desde las primeras etapas de su vida, e incluso antes de nacer, para desarrollarse los infantes necesitan de un ambiente adecuado. Si dicho ambiente es apropiado, su calidad de vida como adultos será considerablemente superior que la de los niños que hayan crecido en un ambiente no saludable, inseguro y poco estimulante. Si continúan creciendo en un ambiente inadecuado, los niños de hoy verán recortado su desarrollo en cuatro dimensiones fundamentales: la económi-

ca (capacidades), la social (convivencia), la psicológica (vínculos afectivos) y la política (participación democrática). Todo ello en detrimento de nuestro potencial de crecimiento económico nacional y regional, y de la posibilidad de romper los círculos viciosos de la pobreza.

En aras de conocer los esfuerzos que se realizan en este sentido en Colombia y otros países de Latinoamérica, Comfama organizó una mesa temática denominada “Modelos de Intervención y Atención Integral a la Primera Infancia”; donde se analizaron las estrategias y los programas orientados a lograr intervenciones costo-eficaces, y a promover el desarrollo psicosocial y físico de los niños a una temprana edad. En el ámbito internacional, el foro contó con la participación de expositores de Chile y Cuba, quienes relataron sus experiencias con los programas *Chile crece*

² Traducción de los autores, tomado de su entrevista para ABC Local Radio, Australia, en Febrero 2006. <http://www.abc.net.au/am/content/2006/s1563997.htm>

contigo y *Educa Tu Hijo*, respectivamente. A nivel nacional se presentaron los programas de Bogotá: *Tiempo Oportuno: infancia desde la gestación hasta los 5 años*, Antioquia: *Familia a tu lado aprendo* y Medellín: *Buen Comienzo* y el *Programa de atención a la primera infancia* de Comfama.

Con el propósito de sintetizar y conocer las principales lecciones del debate sobre políticas de primera infancia, se ha elaborado este nuevo número de la serie *Cuadernos de Pensamiento Social* de Comfama.

El documento busca identificar los principales ejes de diseño de programas que se desprenden de las investigaciones científicas en materia de la primera infancia y resaltar las lecciones más sobresalientes derivadas de los programas que se vienen aplicando en Colombia y en otros países. Cabe advertir al lector que aunque este trabajo no pretende examinar la Política de Primera Infancia en Colombia, el texto incluye una referencia breve del tema.

1. Primera Infancia: cimiento del desarrollo

La inclusión de las Políticas de la Primera Infancia (PPI) dentro de las agendas de los gobiernos nacionales, regionales y locales tiene importantes fundamentos e implicaciones. A partir de un nuevo enfoque científico interdisciplinario se ha demostrado que intervenciones eficaces durante los *primeros años de la vida son cruciales* para mejorar los resultados de salud, cognitivos, emocionales y sociales que incidirán de forma directa en el bienestar del individuo en etapas posteriores de su vida. *La nueva evidencia científica sobre la Primera Infancia* es producto de la convergencia de resultados derivados de los avances de la neurociencia, de la psicología del desarrollo, de la biología molecular y de la economía, de donde se infieren importantes hallazgos en torno a la necesidad y los beneficios que producen intervenciones adecuadas y oportunas durante las primeras etapas del ciclo de vida del individuo.

Lo cual indica que la rentabilidad económica y la relevancia social de invertir más vigorosamente en la Primera Infancia en un país en desarrollo como Colombia es apremiante y fundamental.

El desarrollo del cerebro en un entorno adecuado

La Primera Infancia es la etapa de más rápido desarrollo en la vida humana. La interacción del cerebro en desarrollo con un entorno saludable, seguro y estimulante es la fuerza motriz que moldea las funciones cognitivas, sociales y emocionales del individuo.

Un bebé nace con miles de millones de células cerebrales que representan el potencial de desarrollo para toda la vida, pero para alcanzar dicho potencial se debe lograr la interconexión de estas células cerebrales, lo cual se favorece con un ambiente familiar, escolar y social estimulante, una buena nutrición y un crecimiento saludable.

Cada cerebro humano y sus circuitos neuronales se construyen con el tiempo, comenzando en la Primera Infancia y en una secuencia de abajo hacia arriba, por lo cual la capacidad para el cambio de este órgano va disminuyendo con la edad. De hecho, resultados recientes de la neurociencia indican que el adulto puede aprender nuevas habilidades pero sólo a partir de conexiones cerebrales —sinapsis— preestablecidas durante los primeros años de vida. Por tanto se podría decir que durante los primeros años de vida se invierte en el cerebro el “capital” y luego, durante el resto de la vida se “vive de sus intereses”.

Nutrición y salud. Los niños en sus primeros años de vida, incluso antes de nacer, tienen requisitos nutricionales mínimos, de los cuales dependen su estado de salud y su desarrollo en aprendizaje, comunicación y socialización. Cuando la alimentación es insuficiente el cuerpo del infante tiende a invertir la cantidad limitada de nutrientes disponibles en su supervivencia, a costa de su crecimiento y su aprendizaje. La nutrición adecuada además de ser la primera línea de defensa del desarrollo del infante, es fundamental para el fortalecimiento de su sistema inmunológico. Este lo protege de las diversas enfermedades infantiles que regularmente dejan secuelas asociadas a pérdidas permanentes de productividad laboral y de calidad de vida en la adultez. En suma, la salud no solo tiene gran incidencia en el desarrollo físico, sino también en el desarrollo mental e intelectual.

Pero el énfasis en nutrición y el desarrollo físico es insuficiente. Las intervenciones más eficaces en la Primera Infancia adoptan un *enfoque equilibrado e integral de cuatro dimensiones de desarrollo del infante: la física, la emocional, la social y la cognitiva*. Estos cuatro pilares aseguran mayores oportunidades de éxito a los niños en la escuela y más adelante en el lugar de trabajo. Numerosas investigaciones han mostrado que los programas que atienden a los niños y a sus familias a la luz de este enfoque equilibrado generan beneficios futuros para la sociedad. La labor que debe desarrollarse en estas cuatro esferas por medio de una política integral para la primera infancia debe priorizar las acciones preventivas antes que las acciones remediales.

Las sociedades que han invertido más en los niños y en las habilidades de crianza de sus familias durante la primera infancia —ya sean de hogares ricos o pobres— se han beneficiado de contar con una fuerza laboral más educada y saludable —y con menores niveles de inequidad—. En estos países en los que se protege y estimula a los niños y se ofrecen mayores oportunidades de aprendizaje no solo se obtienen más éxitos en la ruptura del ciclo intergeneracional de pobreza —desnutrición, desigualdad y violencia—, sino que también se alcanzan mayores niveles de crecimiento económico y calidad de vida, como resultado de la inversión en el capital humano de toda la población.

2. Desatención de la Primera Infancia: pérdidas irreversibles para el individuo y la sociedad

Costo individual

La relevancia de invertir en el desarrollo de la Primera Infancia, además de estar ligada a los beneficios sociales mencionados anteriormente, está estrechamente asociada a los considerables *costos sociales y económicos de no realizar estas intervenciones*. Muchos desafíos que enfrenta la población adulta —como los problemas de salud mental, la obesidad, la depresión, las enfermedades cardiovasculares, la criminalidad, la carencia de competencias verbales y numéricas, y el retraso en el crecimiento— tienen sus raíces en la desatención durante la primera infancia. Si no se actúa para brindar mayores oportunidades de salud, nutrición, educación y estimulación a los niños, se producirán graves consecuencias que irán en detrimento de su calidad de vida como adultos.

El caso tal vez más conocido de los costos irreversibles de la desatención de la Primera Infancia es el *retraso del desarrollo infantil ocasionado por la desnutrición*. Esta última tiende a reducir el desempeño escolar, expone a los infantes a mayores riesgos de infecciones, de episodios de diarrea severa, a mayor riesgo de contraer neumonía, y a un funcionamiento deficiente del sistema inmunológico, entre muchos otros.

Otro caso menos conocido, pero igualmente importante, es la exposición de los niños a niveles de “estrés tóxico”, que —según descubrimientos recientes de las neurociencias— producen daños en la arquitectura del cerebro infantil en desarrollo —al entorpecer la formación de las conexiones nerviosas o sinapsis— y sirven de detonante para respuestas inadecuadas del sistema corporal al estrés que conducen, a lo largo de toda la vida, a problemas de aprendizaje, de comportamiento y de salud física y mental. Esa exposición a niveles de estrés tóxico, e incluso de estrés apenas tolerable, tiene consecuencias perjudiciales e irreversibles en el desarrollo de los niños y puede generarse tanto por situaciones como ausencia de destreza familiar para el manejo del estrés, condiciones insalubres y de hacinamiento de la vivienda, como por problemas de violencia intrafamiliar, malos tratos de padres o cuidadores y/o también por un entorno social inseguro —por ejemplo, hogares expuestos a la violencia de grupos armados, al desplazamiento forzado o la presencia de violencia común—.

Costos sociales

Además de los costos individuales, la desatención de la Primera Infancia produce una serie de costos sociales que aparte de retroalimentar la desesperanza, la inequidad y los círculos viciosos de pobreza, generan costos fiscales no despreciables asociados al intento de remediar problemas de la población adulta que se podrían haber evitado en buena parte con una mayor inversión eficaz en atención de la P.I. En efecto, hoy por hoy los gobiernos que menos invirtieron en la Primera Infancia

deben destinar un mayor componente de su presupuesto para asistir problemas y secuelas de la carencia de oportunidades y de acceso a servicios básicos de educación, nutrición y salud que sufrieron individuos adultos que provienen de hogares más pobres. Algunos de estos gastos de asistencia pública están asociados con la repetición de grados en la escuela y a la permanencia extendida de los individuos en el sistema educativo, el gasto asistencial en salud para enfermedades crónicas, la drogadicción y delincuencia juvenil, la congestión del aparato de seguridad y justicia —incluyendo cárceles—, entre muchos otros.

En consecuencia, no es sorprendente que los países de bajos ingresos por lo general inviertan menos en la P.I. y tengan que financiar los extracostos sociales derivados, por lo cual soporten mayores niveles de inseguridad alimentaria, pobreza, morbilidad, fecundidad, menores tasas de crecimiento y de ahorro, menor ingreso per cápita y, en general, una mayor proporción de su población atrapada en ciclos intergeneracionales de pobreza.

Existe cierto consenso entre científicos sociales en el sentido de que sociedades más desiguales y con menor movilidad social tienden a ser social y políticamente más conflictivas, por tanto resulta preocupante el hecho de que América Latina sea un continente con bajos niveles de movilidad social y escasa igualdad

de oportunidades, y que Colombia sea de los países con indicadores precarios².

En términos de percepción de injusticia y polarización social, los latinoamericanos tienen percepciones bastante pesimistas sobre la igualdad de oportunidades en la región, con grandes diferencias entre los estratos socioeconómicos. Afortunadamente, nuevas mediciones de Latinobarómetro para Colombia³ muestran que sus ciudadanos *valoran positivamente la igualdad de oportunidades para todos sus conciudadanos*. Este mismo estudio ha revelado que cuando evalúan su percepción de bienestar individual, los colombianos —a diferencia de otros latinoamericanos— no solo valoran los factores típicos que afectan directamente sus condiciones de vida —mayores niveles de educación y de ingreso—, sino que también valoran una mayor igualdad de oportunidades para sus conciudadanos. Cabe anotar que los colombianos de mayores ingresos que consideran la sociedad como injusta sufren una cierta reducción del bienestar subjetivo por esta causa. Esto permite concluir que en Colombia la aversión a la desigualdad —o la preferencia por la equidad— es un poco mayor que en América Latina y por lo tanto se podría inferir que la población vería con menor resistencia una Política de Primera Infancia más agresiva y equitativa para mejorar la movilidad social y reducir la desigualdad de ingresos en el largo plazo.

2 Véase Banco Mundial. 2008. Índice de Oportunidades Humanas.

3 (Palau, 2008). Felicidad, Riqueza y Movilidad Social en Colombia: ¿Envidia o Culpa? Tesis de Grado. Universidad de los Andes, julio 2008.

3. Intervenciones en la Primera Infancia: alta rentabilidad

Estudios del más alto estándar académico han estimado que cada dólar que se destina a ayudar a un niño hasta alcanzar su edad escolar, puede generar hasta US\$17 en beneficios para la sociedad durante las siguientes cuatro décadas (incluso tras descontar la inflación)⁴, lo cual evidencia la rentabilidad económica de estas intervenciones. Pero para que se obtengan ganancias a partir de la implementación de programas particulares, es necesario actuar conjuntamente en *cuatro esferas o dimensiones claves para el desarrollo de la Primera Infancia*: las ganancias cognitivas, físicas, emocionales y sociales; factores determinantes de la salud, el comportamiento y la calidad de vida del individuo⁵.

La labor que debe desarrollarse en estas cuatro esferas por medio de una política integral para la primera infancia debe priorizar las acciones preventivas antes que las acciones remediales. Si bien las acciones remediales pueden mermar o eliminar efectos perversos, —por ejemplo, los servicios orientados a atender niños que han experimentado *estrés tolerable o tóxico* pueden reducir algunos de los trastornos del sistema nervioso e inmunológico—, las acciones preventivas son *más costo-efectivas*. Como señala el premio Nobel de Economía James Heckman, es al-

tamente probable que la inversión en la formación de capital humano en una fase temprana del ciclo de vida sea más eficiente que la mitigación de la desventaja a edades más avanzadas. Otro dilema de costo-eficiencia en la implementación de una política integral de primera infancia es la decisión de calidad vs. costo en la provisión de servicios para los niños y sus familias. “Lo barato sale caro” cuando se decide sacrificar la calidad por abajo del estándar técnico con el exclusivo propósito de reducir costos. Los estudios disponibles han demostrado que los servicios de bajo costo que tienen poco impacto son una pérdida de dinero.

Algunas investigaciones han demostrado, además, que los niños que participan en programas de primera infancia bien diseñados tienden a obtener un mayor éxito escolar, al ser más competentes social y emocionalmente, y al demostrar un desarrollo intelectual y verbal más elevado que los niños que no participan en este tipo de programas. Es por esto que garantizar el desarrollo infantil saludable es una inversión en la futura población activa del país y en su capacidad para progresar económica y socialmente.

Como ya se ha visto, la habilidad de un niño para pensar, para relacionarse y desarrollar su potencial —como niño y adulto— está directamente relacionada con los efectos de una buena salud, una buena nutrición y una interacción social adecuada. Ahora bien, ¿cuál es la forma más apropiada de proveer-

4 (Schweinhart, Barnes & Weikart, 1993; Schweinhart, 2004). Citado en: World Health Organization (2007). “*Early Child Development: a powerful equalizer*”.

5 Carneiro, P. y Heckman, J. (2003). *Human capital policy*. IZA discussion paper No. 821.

le al niño las oportunidades para promover su desarrollo? En general, dentro de la literatura sobre políticas exitosas de primera infancia se puede identificar una serie de áreas claves de intervención que incluyen elementos como la salud, la nutrición, la educación, la atención no sólo para el niño, sino también para su familia, entre otros. En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud define *cinco esferas de influencia* para el desarrollo de la Primera Infancia: el niño, la familia, la comunidad, los programas y servicios para la P.I., y los niveles de gobierno local, regional y nacional.

En primer lugar está el *niño*, y, como se sabe, la interacción que se produce entre las características individuales, genéticas y fisiológicas, y la exposición y la experiencia extraídas del entorno son fundamentales para su desarrollo. En ese sentido, es muy importante ayudarlo a relacionarse y generarle diversos incentivos, por ejemplo, una de las estrategias más eficientes para mejorar el desarrollo de la P.I. es encontrar la forma de convencer a los padres y cuidadores sobre la importancia del juego y la forma en que pueden promoverlo. Adicionalmente, se debe reiterar que el desarrollo y crecimiento adecuado de los niños requiere una nutrición apropiada, —que es un derecho fundamental de los niños y comienza desde el embarazo de sus madres—.

Por su parte, la *familia* es la principal influencia en el desarrollo del niño, no sólo por la forma en que se establezcan las *relaciones* dentro de ella, sino también por la incidencia de aspectos tales como *el estatus socioeconómico*, que incide en las aptitudes, en la crianza y educación, las prácticas culturales, el estatus profesional, las condiciones de vivienda, las prácticas de alimentación y lactancia; *la salud de todos los miembros de la familia*, ya que si existen enfermedades crónicas, sobre todo de la madre o el cuidador primario, pueden

tener un efecto perjudicial en el desarrollo de los niños; *el papel que desempeñan los padres en la crianza*, puesto que tanto los hombres como las mujeres deben establecer relaciones sanas de poder y responsabilidad en el hogar; *la equidad de género*, contribuye a reducir la transmisión intergeneracional de la pobreza mediante el acceso equitativo a la educación y una alimentación adecuada; *el apoyo a la familia*, ya que esta debe tener la posibilidad de acceder a los conocimientos sobre la crianza que le permita llevar a cabo las elecciones y decisiones que favorezcan más a sus hijos; y, finalmente, *el grado de resiliencia*, que es la capacidad de los niños de prosperar pese a encontrarse en situaciones adversas, y son los padres quienes pueden apoyar en este punto a sus hijos.

Las otras tres esferas de influencia para el desarrollo de la Primera Infancia, definidas por la OMS, se consideran brevemente a continuación. La *comunidad*, bien sea la residencial (donde viven) o la relacional (aquellos vínculos sociales entre redes de personas con una identidad común), constituye el entorno inmediato del niño y su familia; a partir de ella la familia aprende normas, valores y obtiene apoyo social. Por su parte, *los programas y servicios para la P.I.* pueden alterar la trayectoria de vida de los niños que nacieron pobres y/o se ven privados de las oportunidades para crecer y desarrollarse en entornos adecuados. Estos programas pueden asegurar un desarrollo integral de la primera infancia de forma amplia al combinar la salud, la nutrición y el aprendizaje temprano, haciendo frente a las necesidades de los niños y de sus familias. Y, finalmente, *los niveles de gobierno locales, regionales y nacionales*, con el apoyo de organismos internacionales y de la sociedad civil, deben ser los principales actores en el desarrollo, la promoción y la financiación de un conjunto de programas y servicios para la primera infancia.

Tabla1.
Resultados Costo-Beneficio de programas de más reciente seguimiento en P.I.

Programa	¿En qué consiste?	Resultados	Costo del programa (US\$)	Beneficios netos (US\$)	Relación coste/beneficio
Proyecto Preescolar Perry	Estudio en el que de 123 niños afroamericanos de bajos ingresos, 58 fueron ingresados a un programa preescolar de alta calidad y 65 no recibieron servicios de preparación preescolar.	Se presentaron diferencias favorables para el grupo que recibió educación de alta calidad, en los niveles educativos, disminución en los delitos y mayores niveles de ingresos.	14.830	238.324	17,07
Chicago CPC (Centros Hijos-Padres)	Provee servicios educativos a niños entre 3 y 9 años y a sus padres. Los padres o cuidadores deben participar en las actividades en el salón de clases, al menos dos veces por mes.	Mayor nivel educativo y capacidad de adaptación social.	6.913	42.424	7,14
NFP (Nurse Family Program, asociación enfermera-familia) (muestra de alto riesgo)	Enfermeras de salud pública realizan visitas domiciliarias a madres de bajos ingresos, desde el periodo prenatal hasta que el niño cumpla 2 años y ofrecen orientación en lactancia materna, técnicas de crianza, planificación de embarazos, salud preventiva.	Reducción del maltrato y abandono infantil, disminución de delitos entre madres e hijos participantes, reducción del número de embarazos no deseados, aumento de los niveles de empleo de las madres.	7.271	34.148	5,7
Programa Abecedarian	Estudio en el que 57 niños de familias de bajos ingresos recibieron cuidado infantil de alta calidad desde los 0 hasta los 5 años.	Mejor desempeño educativo y mayores niveles de ingresos.	42.871	95.764	3,23

Fuente: Adaptado de Kilburn, M. y Karoly, L. (2008). "The Economics of Early Childhood Policy". RAND Corporation

Nota: todos los valores están en dólares (US\$) de 2003 por niño.

Programas y servicios para la Primera Infancia: características de la atención temprana efectiva

Los programas y servicios de desarrollo para la P.I. tienen altas tasas de retorno y son un camino eficaz para reducir la pobreza y para fomentar la salud, la productividad y el bienestar. En la tabla 1 se puede observar la alta rentabilidad de la implementación de programas preventivos, de acuerdo con evaluaciones internacionales que estimaron sus resultados con grupos de tratamiento y grupos de control —a estos últimos no se les aplica el programa pero se les da el mismo seguimiento—. A partir de estas rigurosas investigacio-

nes, se ha demostrado la alta rentabilidad no sólo para los participantes en los programas, sino también para los gobiernos que realizan esas inversiones.

Estos programas exitosos están enfocados en al menos uno de los siguientes componentes: lactancia materna, cuidado de los niños, educación, nutrición y otras formas de apoyo a los padres de familia; y se promueven por medio de servicios dirigidos a los niños, tales como guardería, preescolar, centros de desarrollo infantil, visitas calificadas a la casa (desde el período prenatal hasta los 3 años), combinación de intervenciones en el hogar y un centro de servicios de alta calidad (desde

Tabla 2.
Programas para la Primera Infancia: resultado y beneficios monetarios para el Gobierno y la sociedad

Resultados de Programas para la P.I.	Beneficios o costos monetarios para el Gobierno
Reducción del maltrato infantil.	Menores costos para el sistema de bienestar infantil.
Reducción de accidentes y lesiones en los niños.	Menores costos en urgencias hospitalarias y para entidades de salud pública.
Reducción de la incidencia de madres adolescentes.	Menores costos para el sistema de salud pública y los programas de bienestar social.
Reducción de repeticiones de los cursos escolares.	Menor número de años dentro del sistema educativo.
Aumento de la tasa de graduación de la escuela secundaria.	Reducción de las tasas de deserción.
Aumento de la tasa de asistencia a la universidad.	Más años de educación postsecundaria.
Aumento de la participación en la fuerza laboral y los ingresos en la edad adulta.	Aumento de los ingresos tributarios.
Reducción del uso de programas de bienestar y otros.	Reducción de gastos administrativos y pagos de transferencias para programas de bienestar social.
Reducción de la delincuencia y el contacto con el sistema de justicia penal.	Menores costos para el sistema de justicia.
Reducción de la incidencia del tabaquismo y el uso de sustancias.	Menores costos para el sistema de salud pública y los programas de bienestar social.
Mejores resultados del embarazo.	Menores costos de la atención médica debido a un menor número de casos de bebés con bajo peso al nacer.

Fuente: Adaptado de Kilburn, M. y Karoly, L. (2008). “The Economics of Early Childhood Policy”. RAND Corporation.

el nacimiento hasta los 3 años) y prestación de servicios de salud, convirtiéndose en una forma muy eficaz de la promoción de la P.I. Pero ese tipo de programas exitosos para la P.I. requieren adicionalmente factores complementarios, como, por ejemplo, personal cualificado y bien pagado, grupos de pequeño tamaño y una elevada razón adultos/niños, un ambiente rico en lenguaje, un entorno físico seguro, interacciones cálidas y receptivas entre niños y adultos y, finalmente, niveles altos y consistentes de participación de los niños y de sus familias.

Todo lo anteriormente expuesto permite concluir, entonces, que las políticas que afectan a los niños deben extenderse más allá de la atención en salud y educación, y deben promover, además, entornos seguros y estimulantes, una adecuada nutrición y la vinculación y atención a las familias. Y que los resultados positivos van más allá del mejoramiento de la calidad de vida de los beneficiarios y de un aumento del bienestar social, pues incluyen adicionalmente beneficios económicos tangibles para los gobiernos, como se observa en tabla 2.

4. Población infantil colombiana: vulnerabilidad y pobreza

Antecedentes

Si bien esta sección se enfoca en la vulnerabilidad de la P.I. colombiana, cabe reconocer que durante varias décadas en el país se han venido haciendo esfuerzos en esta materia por medio de distintos programas para la Primera Infancia. Vale la pena destacar algunas de estas acciones de política⁶: Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar surge a finales de 1986 a partir del esquema de Hogares Infantiles con el que se contaba hasta entonces; esta propuesta de hogares comunitarios, que sigue vigente, busca atender a los niños y niñas menores de 7 años en condiciones de extrema pobreza ubicados en zonas urbanas y rurales del país, y son las madres comunitarias quienes se encargan de atender a 15 niños por hogar, brindándoles acompañamiento y alimentación.

6 Para mayor información sobre Políticas de Primera Infancia en Colombia ver Documento CONPES Social 109: *Política Pública Nacional de Primera Infancia: "Colombia por la Primera Infancia"*.

El programa Familia, Mujer e Infancia –FAMI– es otra propuesta del ICBF, orientado a madres gestantes o con hijos menores de 2 años que trabaja en áreas como la salud, la nutrición, socialización, protección hacia la niñez, la mujer gestante o lactante, la familia y la comunidad.

El Programa para el Mejoramiento de la Educación, la Salud y el Ambiente (PROMESA) —liderado por la ONG denominada CINDE y que empezó en 1978 con poco más de 100 familias en el Chocó pero que se ha expandido a siete mil familias en siete municipios— tiene como objetivo principal trabajar con los adultos de todos los niveles sociales, para capacitarlos en torno a la relevancia de crear ambientes sanos para el desarrollo de los niños.

Otras modalidades que se han adoptado recientemente son: los Hogares Múltiples y el programa Creciendo y Aprendiendo del ICBF. Adicionalmente, la estrategia “Muni-

cipios y Departamentos por la Infancia y la Adolescencia” diseñada por la Procuraduría General de la Nación, UNICEF e ICBF, en la cual se compromete a los dirigentes locales a mejorar las condiciones de la infancia y la adolescencia.

Perspectiva global de la P.I.

Según cifras de la UNICEF, en el año 2006 por primera vez en la historia reciente, en el mundo el número de niños muertos menores de cinco años cayó por debajo de los 10 millones por año, para un total de 9,7 millones, de los cuales alrededor de 300 mil niños correspondían a América Latina. Esta cifra, que continúa siendo escandalosa, evidencia la vulnerabilidad en la que se encuentran los infantes y la necesidad de tomar acciones pertinentes. Entre las causas que explican estos elevados índices de mortalidad infantil, las que generan el mayor porcentaje de las muertes son: la deficiencia en la atención neonatal, la neumonía, las enfermedades diarreicas, la malaria y la desnutrición (UNICEF, 2006).

En términos de desnutrición, según datos de la OMS y la UNICEF, más de la tercera parte de las muertes de los infantes se atribuye a la desnutrición de la madre y del pequeño. Adicionalmente, el 26% de los niños en países en desarrollo menores de 5 años tienen desnutrición moderada y están expuestos a condiciones preocupantes de inseguridad alimentaria y, el 28% de los niños que viven en países de escasos recursos presentan retrasos en el crecimiento⁷. Otro factor preocupante es el concerniente a la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del niño o la niña, que es sólo del 38% a

nivel mundial, puesto que esta puede reducir en un 13% las muertes de los menores de 5 años en los países en desarrollo.

En materia de educación en el mundo, se estima que cerca del 20% de los niños en edad de asistir a la escuela primaria no lo hacen y que, adicionalmente, el 40% de los niños en edad de asistir a la escuela secundaria tampoco asisten (UNICEF, 2006). Esto podría estar reflejando problemas de igualdad de oportunidades, ya que la gran mayoría de los niños que no asisten a la escuela pertenecen a la población con menores ingresos, hecho que resulta muy alarmante dado que cerca del 40% de los niños de las naciones de escasos recursos viven en pobreza extrema (OMS, 2007).

Situación de la Primera Infancia en Colombia

La P.I. está expuesta a más pobreza

Pobreza por ingreso, más inseguridad alimentaria y violencia sexual e intrafamiliar, a situaciones de alto riesgo –población desplazada–

Considerando que Colombia es un país con aproximadamente 22 millones de pobres, de los cuales 6,6 millones viven en condiciones de extrema pobreza, se hace evidente la falta de igualdad de oportunidades para acceder a una canasta de servicios básicos, entre los que se destacan una alimentación adecuada, los servicios de salud y educación, y los servicios sanitarios que permitan vivir en condiciones adecuadas de salubridad. La pobreza y la indigencia se asocian con la imposibilidad de acceder a los alimentos y por ende se consideran una causa de inseguridad alimentaria de los hogares (DNP 2007 CONPES #113). De otro lado, la exposición de los infantes a un ambiente insalubre aumenta la probabilidad de sufrir episodios de

7 Grantham-McGregor, S. y otros (2007). “Developmental Potential in the first 5 years for children in developing countries”. The international Child Development Steering Group. The Lancet, 369, p.60-70.

diarrea y cuadros respiratorios agudos. Estas desventajas de los grupos socioeconómicos más pobres recaen de forma importante en la P.I. En el 2006, la proporción de menores de 6 años en condiciones de pobreza alcanzó un 59,3%, según datos suministrados por la *Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad*.

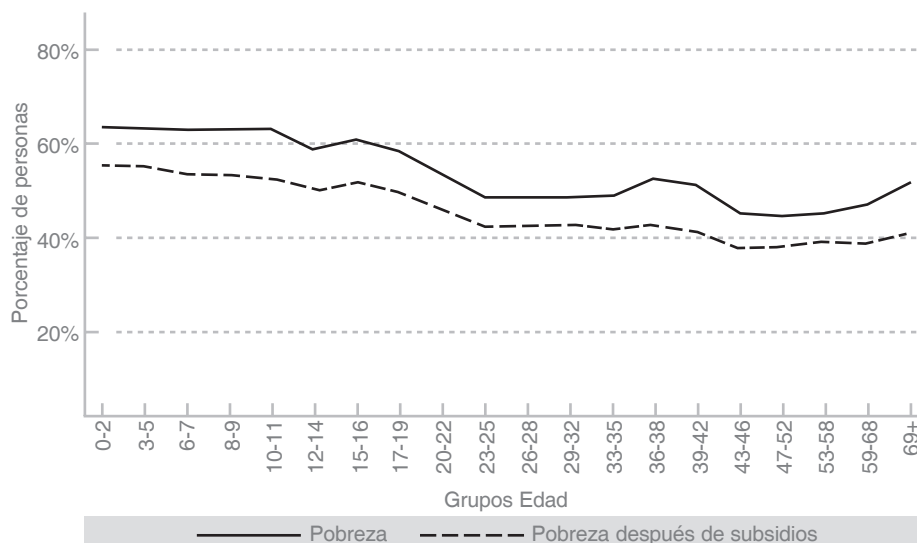
Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida 2003, de los menores de 18 años que viven en Colombia, cerca de un 37% viven en condiciones de pobreza crónica, un 17% viven en indigencia y un 26% son miembros de hogares clasificados en los niveles 1 y 2 del SISBEN. Del total de niños y adolescentes que viven en pobreza crónica, el 53% pertenecen a hogares rurales y el 47% son de hogares urbanos. En contraste, en el país el 18% de los adultos mayores se encuentran en pobreza crónica, 8,5% en indigencia y 19% son miembros de hogares pertenecientes al SISBEN 1 y 2. Este hecho refleja la existencia de acentuadas disparidades de bienestar por grupos de edad, y evidencia que son los niños de Colombia los que están

más expuestos a condiciones de pobreza e indigencia y quienes presentan los más altos niveles de vulnerabilidad.

Además esta inequidad intergeneracional se mantiene después de sumarle al consumo de los hogares, los subsidios públicos en dinero y en especie. La pobreza entre los niños de 0 a 6 años supera en 15 puntos porcentuales la del promedio de la población (véase el gráfico 1, Conteo Urbano pobreza).

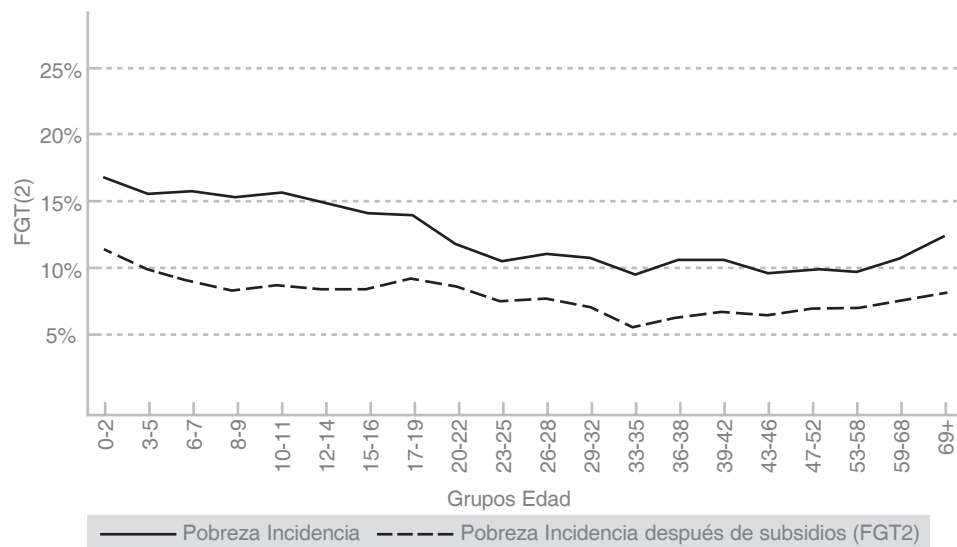
Cuando se analiza la vulnerabilidad de la Primera Infancia desde la perspectiva de la Intensidad de la Pobreza —conocida como FGT2 y que da mayor ponderación a los hogares en condiciones con privaciones extremas, ver el gráfico 2—, no solo se observa que la P.I. es el período de mayor vulnerabilidad durante el ciclo de vida, sino también que los hogares pobres con niños tienen una participación más que proporcional entre los pobres y se encuentran relativamente más lejos de la línea de pobreza, esto es, sufren mayores privaciones.

Gráfico 1. Pobreza urbana. Colombia (2003)



Fuente: Cálculos propios. Encuesta de Calidad de Vida 2003. DANE.

**Gráfico 2. Incidencia de la pobreza urbana.
Colombia (2003)**



Fuente: Cálculos propios. Encuesta de Calidad de Vida 2003. DANE.

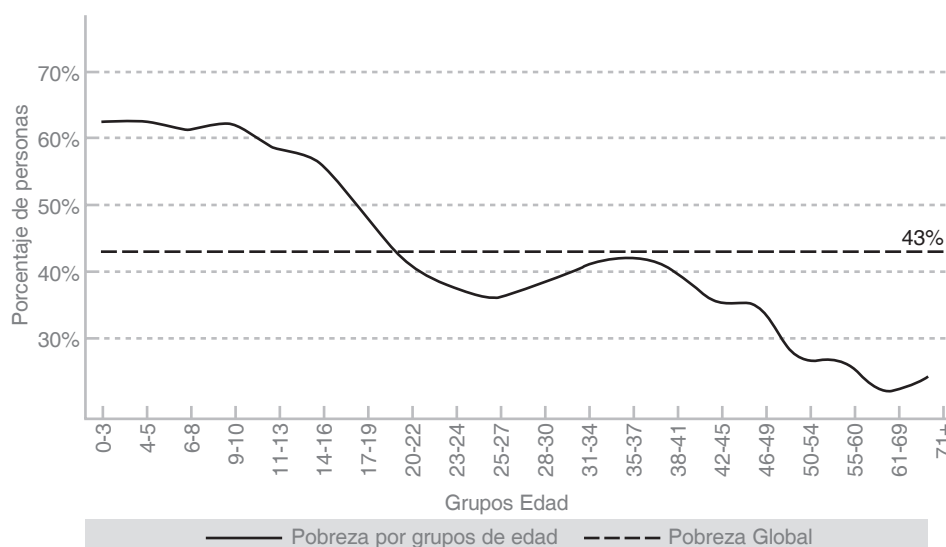
Subregiones	Indigencia %	Pobres no indigentes %	Total %
Bajo Cauca	75,5	19,3	94,8
Magdalena Medio	58,2	32,3	90,4
Occidente	52,3	35,1	87,4
Nordeste	45,1	38,9	83,9
Urabá	62,8	20,6	83,4
Norte	35,7	40,7	76,4
Suroeste	23,0	48,3	71,3
Oriente	17,9	34,8	52,8
Valle de Aburrá	10,0	25,9	35,9

Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia, 2006.

En el 2006, en Antioquia el porcentaje de población en condiciones de indigencia fue del 23,7% y el de pobres no indigentes fue de 28,8%. Esta condición es más pronunciada en la zona rural, donde 43,6% viven en indigencia y 33% son pobres no indigentes, en tanto que en la zona urbana de Antioquia la

indigencia representa un 17% y los pobres no indigentes representan un 27,4%. Como se observa en la tabla 3, las subregiones que presentan más elevados índices de pobreza y miseria son el Bajo Cauca y el Magdalena Medio, en tanto que el Valle de Aburrá presenta los más bajos del Departamento.

**Gráfico 3. Pobreza total y por grupos de edad.
Medellín (2005)**



Fuente: Cálculos propios. Encuesta Continua de Hogares 2005. DANE.

En cuanto a la vulnerabilidad de la Primera Infancia, se observa que en las grandes ciudades, y en el caso concreto de Medellín, la vulnerabilidad de la Primera Infancia aparece más pronunciada. Como se observa a continuación, la diferencia intergeneracional en conteo de pobres es de más de 30 puntos porcentuales.

Otros factores que demuestran la mayor vulnerabilidad de la infancia en Colombia son su elevada exposición al *desplazamiento, el maltrato infantil y el trabajo infantil*. Según datos del RUPD Acción Social (2007), el 5% de la población desplazada está compuesta por niños de 0 a 6 años. Además, el porcentaje de niños entre los 5 y los 14 años que trabajaron en Colombia entre 1999 y 2006 fue del 5% (UNICEF, 2006).

De otra parte, los niños y niñas de cero a cuatro años en Colombia fueron las víctimas en el 18% de los casos de maltrato y en el 14% de abuso sexual dentro de la población de

menores de 17 años⁸. Lamentablemente, Antioquia ostenta la tercera tasa departamental más alta de maltrato infantil entre los departamentos colombianos: 26 por cada 100 mil (menores de 18 años). Y como se observa en el gráfico 4, el nivel de maltrato infantil es particularmente elevado en el Valle de Aburrá y las regiones del Magdalena Medio y el Bajo Cauca.

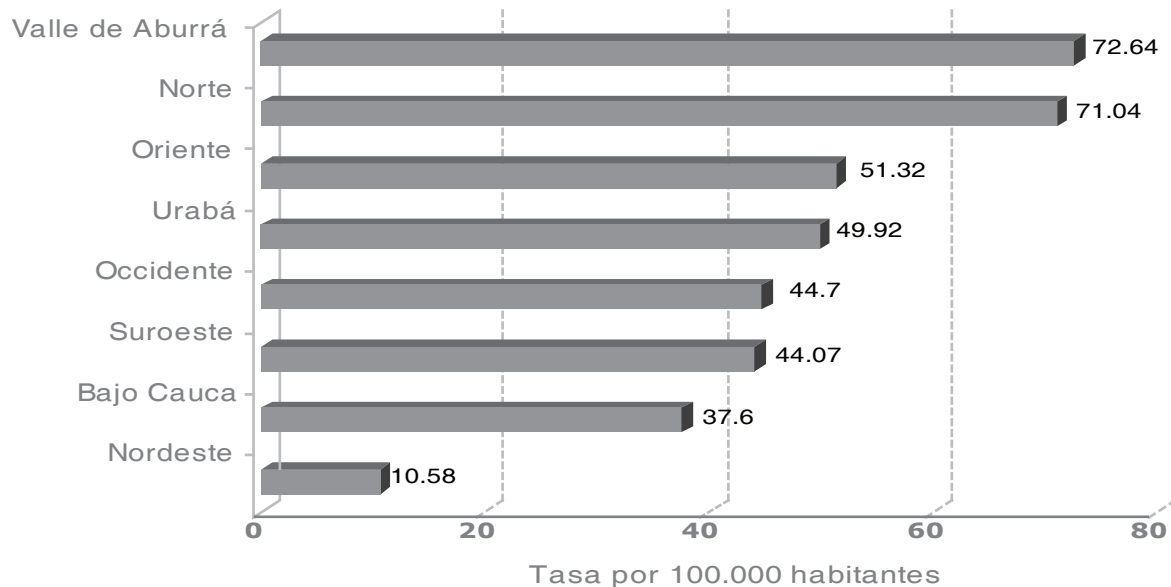
La P.I. en hogares pobres: oportunidades desiguales desde la cuna

Sufren más desnutrición, déficit de cuidado, peores coberturas de vacunación, salud, saneamiento y educación.

Según datos de PROFAMILIA, la **mortalidad infantil** ha disminuido en los últimos cinco años en Colombia, en el caso de la mortali-

⁸ Cálculos: PNDH-DNP/PNUD a partir de Medicina Legal/Forensis 2005.

Gráfico 4. Antioquia, Tasa de maltrato infantil por subregiones (2005)



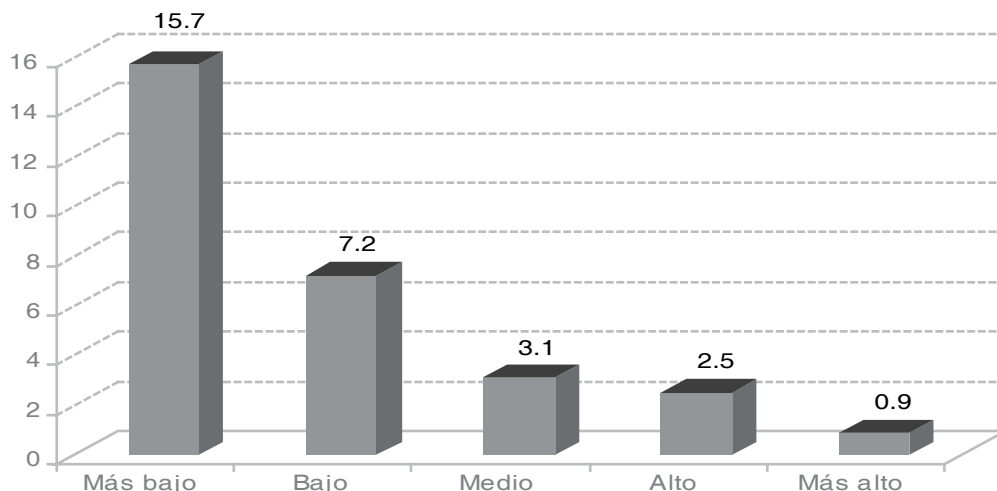
Fuente: Cálculos PNDH-DNP/PNUD a partir de Medicina Legal/Forensis 2005.

dad neonatal, pasando de 15% en el 2000 a 12% en el 2005; por su parte, la mortalidad en niños menores de 5 años se redujo de 25 a 22 por mil nacidos vivos. Además, el porcentaje de niños menores de 5 años que murieron en el 2005 por causa de Enfermedades Diarreicas Agudas –EDA– fue de 13,4% y por Infecciones Respiratorias Agudas –IRA–, de 25,1% (DANE). Cabe señalar que los índices de mortalidad y morbilidad pueden reducirse por medio del acceso a la **atención institucional**, donde se les brinde cuidado primario a la madre gestante y al menor de un año. En Colombia, el porcentaje de atención prenatal por médico o enfermera ha aumentado de 82% en 1990 a 93,5% en el 2005, y el porcentaje de asistencia de parto por médico o enfermera pasó de 80,6% en 1990 a 90,7%

en el 2005. En el gráfico 5 se muestra el porcentaje de mujeres sin atención prenatal por índice de riqueza, y se observa que el mayor déficit en atención se presenta entre las madres pobres.

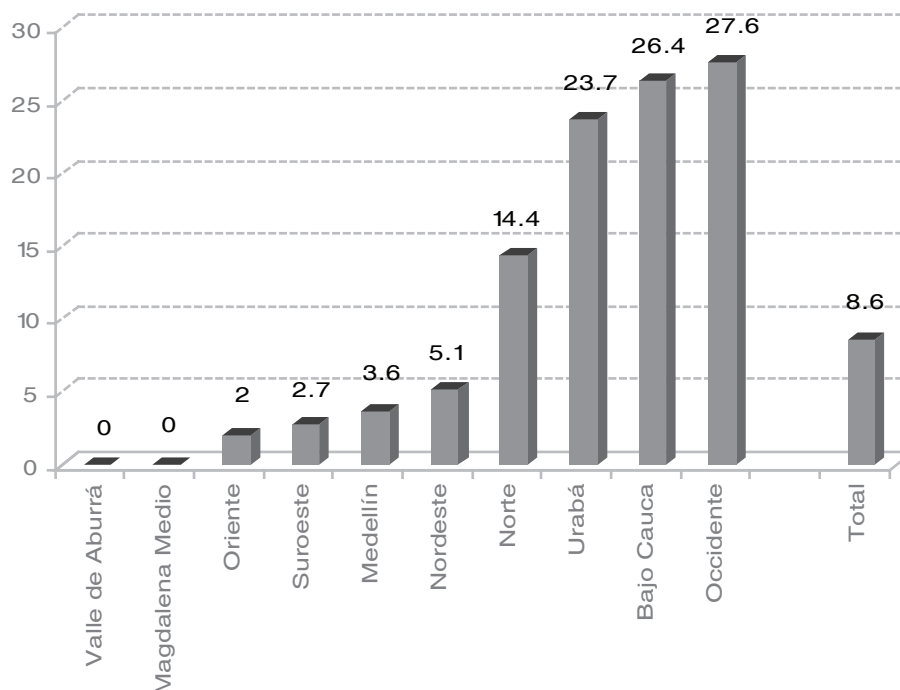
En cuanto a la mortalidad infantil en Antioquia, se tiene que el porcentaje de niños menores de un año muertos en el 2005 fue de 11,4 por cada 100 mil y de uno a cuatro años fue del 11,6 por cada 100 mil. El porcentaje de niños muertos durante el embarazo, el parto y las primeras semanas posparto fue del 11,8 por cada 100 mil para ese mismo año (DANE). En el gráfico 6 se observa que la mortalidad infantil es mucho más elevada en las subregiones del Occidente, Urabá, Bajo Cauca y Norte.

Gráfico 5. Mujeres colombianas con nacimientos en los últimos 5 años sin atención prenatal (% por índice de riqueza)



Fuente: ENDS 2005.

Gráfico 6. Mortalidad infantil en las subregiones de Antioquia



Fuente: Sarmiento (2008). Objetivos de Equidad de Antioquia al año 2015. Programa Nacional de Desarrollo Humano y Alianza de Antioquia por la Equidad. Cálculos PNDH-DNP/PNUD a partir de estadísticas vitales del DANE, 2005.

Uno de los principales mecanismos que le permite al niño recién nacido protegerse de enfermedades se deriva de las propiedades que tiene la leche materna y por ende la **lactancia materna exclusiva** durante los primeros seis meses de vida. En Colombia, sin embargo, la duración en meses es muy baja, pese a incrementarse desde 0,5 meses en 1995 a 2,2 meses en el 2005. El otro mecanismo esencial para protegerse de enfermedades contagiosas es la **vacunación**; en Colombia el porcentaje de niños de 12 a 23 meses de edad con carné de vacunación en el 2005 fue de 78%, pese a ello, el porcentaje de niños en ese mismo rango de edad que ha recibido todas las vacunas es de sólo el 58,1% (Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005). Diferenciando por tipo de vacuna, se tiene que el porcentaje de niños entre 12 y 23 meses que recibió BCG (contra la tuberculosis) fue del 96,9%; DPT (difteria, tétanos y tos ferina), 81,1%; Polio, 69,4%; y Sarampión, 82%.

Ahora bien, ¿cómo ha sido la atención a la madre gestante y la cobertura de vacunación en el Departamento de Antioquia? Según la ENDS 2005, el porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron atención médica o de enfermera en el embarazo fue del 94% y atención médica o en institución de salud durante el parto fue del 92%. De otro lado, el porcentaje de niños de 12 a 23 meses de edad con carné de vacunación fue del 90%, sin embargo, el porcentaje de niños en ese mismo rango de edad que recibió todas las vacunas fue tan sólo del 56%. Por tipo de vacuna se tiene que: BCG, 99%; DPT, 79%; polio, 70%; y sarampión, 77%.

En términos de *servicios básicos*, UNICEF señala que el 93% de la población colombiana usaba fuentes mejoradas de agua potable en el 2004, 99% en la zona urbana y 71% en la zona rural. Y la cobertura de alcantarillado en las zonas rurales era apenas del 17,8%,

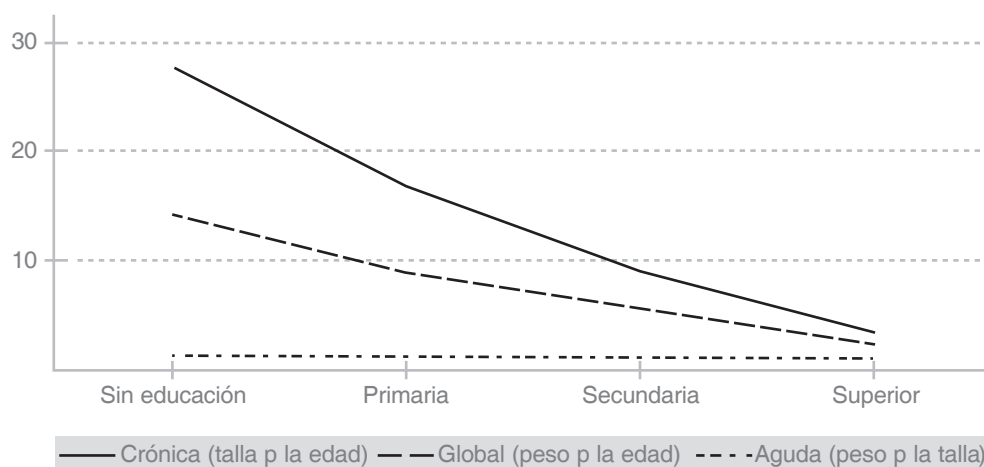
y en la zona urbana la cobertura, del 89,7% (CENSO 2005). En el caso de la Población Infantil (de cero a seis años) que representan el 12% de la población total, este mismo grupo etario representa el 16,8% de la población con servicios inadecuados para la eliminación de excretas (DNP 2007 CONPES Política de Infancia).

Finalmente, en cuanto a *guarderías y educación preescolar y primaria*, Núñez y Espinosa (2005), tomando datos de la Encuesta de Calidad de Vida 2003, señalan que el porcentaje de niños entre cero y cuatro años que recibe estos servicios es del 35% —tres de cada cuatro van a establecimientos oficiales y el resto a ‘privados’—, y un 65% no asiste a ningún establecimiento. De acuerdo con la misma fuente, 59% de aquellos que no asisten a ningún establecimiento son pobres. Para el rango de 5 a 11 años las coberturas son muy superiores y alcanzan el 94%. Y de estos, el 89% completó el quinto grado de primaria. Dentro del pequeño porcentaje sin cobertura —6%— cuatro de cada cinco niños provienen de hogares pobres. Se observa entonces que a pesar de que los niveles de cobertura en educación aumentan abruptamente para los niños con edades superiores a 5 años, muchos niños carecen de aprestamiento preescolar, y un porcentaje menor, pero significativo, de educación primaria.

Seguridad alimentaria y nutrición: una situación alarmante

Como se mencionó previamente, una de las consecuencias derivadas de la imposibilidad de acceder a una canasta básica son los problemas de *inseguridad alimentaria y nutricional* que se observan dentro de la población pobre. Según datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia –ENSIN, 2005– el 41% de los hogares colombianos presentan algún tipo de inseguridad

Gráfico 7. Desnutrición infantil en Colombia según educación de la madre



Fuente: PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005

alimentaria, de los cuales el 26% presenta inseguridad leve, 11% inseguridad moderada y 4% severa. Esto se torna preocupante dada la importancia de la seguridad alimentaria para el desarrollo humano y debido a que una gran proporción de la población tiene deficiencias nutricionales, enfermedades y retraso en el crecimiento. En términos de *desnutrición*, entre los niños de cero a cuatro años se encontró que el 12% de los niños colombianos presentan desnutrición crónica⁹, el 7% presentan desnutrición global¹⁰ y el 1,3% presentan desnutrición aguda¹¹. A pesar de que la desnutrición infantil disminuyó 3 puntos porcentuales en el período 2000-2005 (DNP 2007, CONPES Política de Infancia), este flagelo sigue afectando desproporcionadamente a los niños de hogares más pobres. Como se puede apreciar en el gráfico 7, la desnutrición de niños menores de 5 años es *8 veces mayor* cuando nacen en hogares con madres de baja educación que cuando nacen en hogares con madres con educación postsecundaria —completa o incompleta—.

9 Baja estatura para la edad.

10 Bajo peso para la edad.

11 Bajo peso para la estatura.

Otro síntoma de *malnutrición* que viene des-puntando es el *sobrepeso* infantil —3%—, que se presenta sobre todo en los hogares del SISBEN 5-6 y que genera un mayor riesgo de problemas de salud asociados a la obesidad en la edad adulta —diabetes y enfermedades cardiovasculares, entre otras—.

Muchos de los grandes problemas en materia de nutrición, que implican un inadecuado desarrollo, se explican en gran medida por la *ausencia de micronutrientes básicos: zinc, vitamina A y hierro*. El zinc es un mineral fundamental para el desarrollo del cerebro, no obstante el 26,9% de los niños entre los cero y los cuatro años presentan deficiencias del mineral. Un indicador preocupante del nivel de riesgo de desarrollo cognitivo deficiente al que se encuentran expuestos los niños colombianos. Otro micronutriente fundamental es la vitamina A, la cual es indispensable para el crecimiento, el desempeño del sistema inmunológico, la reproducción, el desarrollo fetal y el desempeño visual. En Colombia, la deficiencia de vitamina A entre los niños de 1 a 4 años es de 5,9%, muy por debajo de lo que considera la OMS como un problema de salud pública. Finalmente, la prevalencia

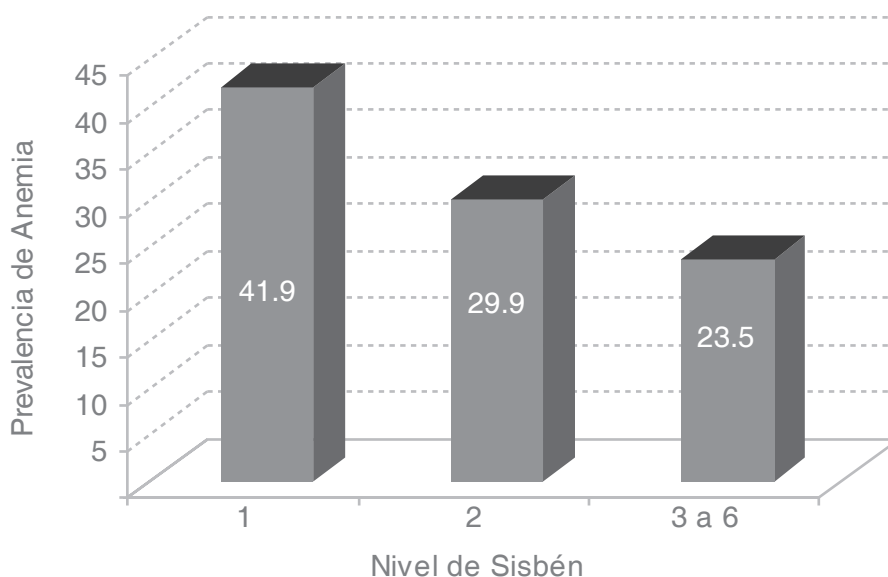
de ferropenia o deficiencia de hierro, una de las deficiencias en micronutrientes más común, afecta sobre todo a los niños entre 12 y 23 meses (64,2%) y de los 48 a 59 meses (35,7%). En general se observa prevalencia de anemia en niños entre 1 y 4 años con un 33,2% y en el 44,7% de las madres gestantes, lo cual “afecta de manera directa el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social en la P.I.” (ENSIN, 2005). Y la incidencia de la anemia afecta desproporcionadamente a los infantes de hogares más pobres. Como se aprecia en el gráfico 8, la incidencia de anemia en hogares SISBEN 1 casi duplica el promedio para los hogares de SISBEN 3-6.

En cuanto al *retraso en el crecimiento*, este es marcadamente superior en los grupos más pobres de la población, y en las zonas rurales duplica los índices urbanos (ENSIN, 2005). Mientras entre los niños de cero a cuatro años el retraso en el crecimiento es del 17,2% para el SISBEN 1 (gráfico 9), este

índice sólo llega a una tercera parte en los niveles 3 a 6 del SISBEN (5,7%) Lamentablemente las tasas de retraso en el crecimiento y las diferencias por nivel socioeconómico tienden a empeorarse para los niños y los adolescentes. Como apreciamos en el gráfico 9, las tasas de retraso para el grupo de 10-17 años alcanzan cerca del 26% para hogares SISBEN 1 y prácticamente cuadruplica las tasas de retraso en hogares SISBEN 3-6.

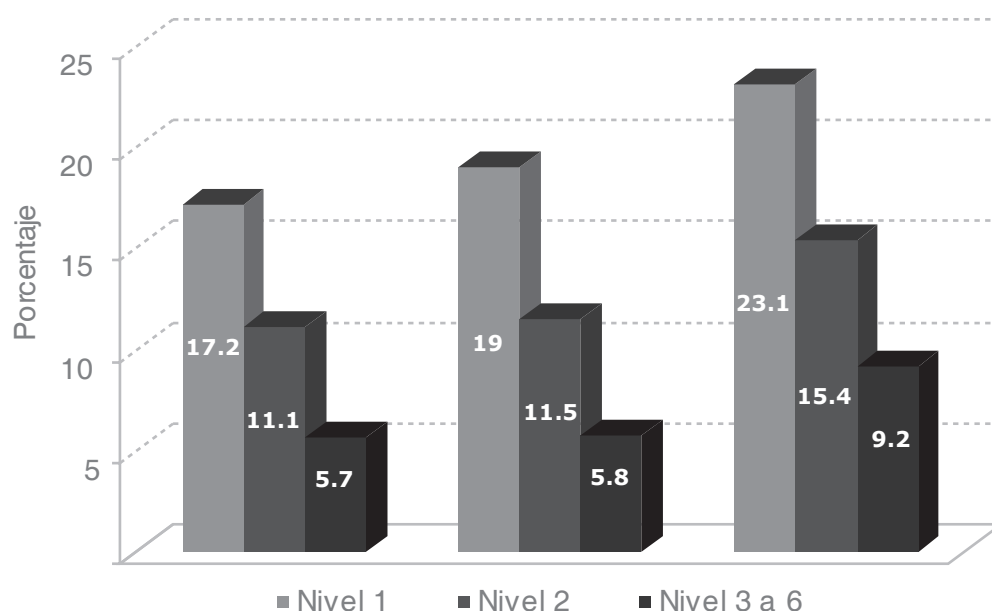
En el caso de Antioquia, la ENSIN 2005 indica que en el 77% de los hogares del departamento se *percibe algún nivel de inseguridad alimentaria*: 55%, leve; 18%, moderada; y 3,8%, severa. Entre los hogares urbanos, en el 72% se percibió inseguridad alimentaria, y entre los rurales, en el 82%. Las dos causas principales fueron, en primer lugar, la falta de dinero en el hogar para comprar alimentos y, en segundo lugar, se compran menos alimentos indispensables para los niños porque el dinero no alcanza.

Gráfico 8. Prevalencia de anemia en niños de 1 a 4 años, según nivel de SISBEN (Hb < 15 g/dl)



Fuente: ENSIN (2005).

Gráfico 9. Retraso en crecimiento según de edad y nivel del SISBEN



Fuente: ENSIN (2005).

Estas percepciones de inseguridad alimentaria se ajustan a la prevalencia de desnutrición de los niños antioqueños de cero a cinco años: el 46% en riesgo de desnutrición crónica (28% con riesgo leve, 14% con riesgo moderado y 4,3% con riesgo severo), destacándose el mayor riesgo en la zona rural. De otro lado, el 39% de los niños presentaba riesgo de desnutrición global (el 26% con riesgo leve, el 9,8% con riesgo moderado y el 3,2 con riesgo severo), con mayor prevalencia de riesgo en la zona rural. Finalmente, el 17,8% tenía riesgo de desnutrición aguda (13,3% de riesgo leve, 3,2% riesgo moderado y 1,2% riesgo severo). La prevalencia de ries-

go fue similar tanto en la zona urbana como en la rural.

En cuanto a desnutrición, que en Antioquia, el Departamento el 11% de los niños menores de cinco años presenta desnutrición crónica, el 6% desnutrición global y el 1% desnutrición aguda (ENDS, 2005). De otro lado, el porcentaje de niños menores de 14 años en riesgo de desnutrición global en el 2004 fue de 39%, con un 37% en la zona urbana y un 41,1% en la zona rural. Como se ve en la tabla 4, los niveles más altos se presentan en Bajo Cauca, Norte, Urabá y Magdalena Medio.

Tabla 4. Niños menores de 14 años en riesgo de desnutrición en Antioquia (2004)			
Subregiones	Urbano %	Rural %	Total %)
Bajo Cauca	46,8	50,9	48,6
Magdalena Medio	31,5	43,9	37,4
Occidente	33,3	33,7	33,6
Nordeste	29,6	37,2	34,3
Urabá	37,4	45,7	42,2
Norte	43,2	50,0	48,4
Suroeste	31,9	28,4	29,5
Oriente	42,4	31,6	36,2
Valle de Aburrá	31,8	35,3	32,6
Medellín	32,2	n.d.	32,2
Antioquia	37,0	41,1	39,0

Fuente: Programa de Mejoramiento Nutricional y Alimentario de Antioquia (MANÁ) de la Gobernación, Universidad de Antioquia: “Perfil Alimentario y Nutricional de los Hogares del departamento de Antioquia-2004”.

5. Programas de atención a la Primera Infancia: experiencias e iniciativas destacadas

Si bien en Colombia se han adelantado durante varias décadas diversos programas públicos para atender a la Primera Infancia, recientemente se ha expandido este tipo de iniciativas y, además de los programas nacionales tradicionales del ICBF, hoy por hoy contamos con experiencias tan importantes como Familias en Acción y múltiples iniciativas locales contra el hambre y por la primera infancia como *MANÁ* y *Familia a tu Lado Aprendo* en Antioquia, *VIDA* en Santander, *Bogotá sin Hambre* y *Tiempo Oportuno* en Bogotá y *Buen Comienzo* en Medellín. En esta sección haremos un perfil de cinco experiencias nacionales e internacionales destacadas que fueron presentadas en la Mesa Temática de Comfama en el año 2008.

Chile Crece Contigo

Es un sistema de protección integral y no sólo un programa de apoyo al desarrollo infantil.

Chile Crece Contigo es un sistema de protección integral a la primera infancia, que brinda apoyo a los niños y niñas y a sus familias, desde la gestación hasta los cuatro años. Este programa se inscribe en el marco del Sistema de Protección Social, en el cual el gobierno chileno articula otros programas, como *Protección al Trabajo* y *Chile Solidario*, con el fin de brindar una protección integral a las familias e implementar estrategias adicionales que no sólo afectan al niño, sino a su entorno familiar, social y educativo. Lo que se hace

entonces en *Chile Crece Contigo* es brindar un conjunto de prestaciones universales y un menú de prestaciones diferenciadas en la lógica de poder ayudar con lo que se necesita a quienes lo requieran —ajustar la oferta de programas a las demandas específicas de los hogares extremadamente pobres—.

Los apoyos y prestaciones que se ofrecen a través del programa son focalizados de acuerdo con las necesidades particulares de los niños y a su nivel de vulnerabilidad. Las prestaciones y apoyos que se dan a todos los niños y niñas son: Programa educativo masivo, espacios informativos interactivos, propuestas de mejoramiento legislativo y Programa de apoyo al desarrollo biosicosocial. Por su parte, los que se brindan a los niños y niñas con alguna situación de vulnerabilidad (40%) son: visitas domiciliarias de los equipos de salud, acceso automático a subsidio familiar, acceso a salas cuna y jardines infantiles gratuitos y de calidad, acceso preferente a la oferta de programas públicos, atención integral a niños y niñas con rezago, y ayudas técnicas para niños y niñas con discapacidad.

Educa a tu hijo: Cuba

La preparación de la familia en acciones educativas es fundamental para promover el desarrollo infantil.

Es un programa orientado a la atención educativa de los niños de cero a seis años que no asisten a instituciones infantiles, y tiene como principal objetivo propiciar la preparación y el desarrollo de la familia para poder realizar las acciones educativas que esto implica. Las estrategias de trabajo que se consideran dentro del programa abarcan la atención individual y la atención grupal. La atención individual consiste en la preparación y apoyo en la etapa prenatal a los futuros padres de familia con el fin de promover un adecuado desarrollo de

los niños y, posteriormente, en la orientación a los padres de niños y niñas que se encuentren entre los cero y dos años de edad, con visitas al hogar (una o dos veces por semana) donde el ejecutor les enseña sobre actividades estimuladoras del desarrollo, a partir de los folletos “Educa a tu Hijo”¹². Finalmente, la atención grupal consiste en la organización de grupos, en los que los niños y niñas de dos a seis años asisten con sus familias (una o dos veces por semana) a un local comunitario donde un ejecutor realiza actividades estimuladoras para el desarrollo de los niños en un entorno de mayor socialización y comunicación. Cabe señalar que esta experiencia cubana ha sido replicada, en un trabajo conjunto del Ministerio de Educación y del gobierno cubano, en una prueba piloto en el Departamento de Antioquia, con el programa *Familia a tu Lado Aprendo*.

Familia a tu lado aprendo: departamento de Antioquia

Familia a tu Lado Aprendo busca ofrecer ambientes seguros y sanos a niños y niñas, por medio de la integración y la participación familiar, comunitaria e institucional en los municipios, y generando escenarios de socialización e interacciones permanentes.

El programa *Familia a tu lado Aprendo*, liderado por la Secretaría de Educación para la Cultura y el ICBF y asesorado por el Ministerio de Educación de Cuba, ha llegado a 53 municipios del Departamento de Antioquia, con planes locales de atención integral a la primera infancia, con criterios de cobertura, calidad y eficiencia. Los componentes del programa son: Gestación, crecimiento y desarrollo; atención en entorno familiar; atención en entorno comunitario; y articulación familia-escuela. Dentro de dichos componen-

¹² Soporte pedagógico del programa, con nueve folletos en total.

tes se articulan elementos claves como son la nutrición, la salud, el cuidado y la educación; con el fin de promover mejores oportunidades de desarrollo físico, emocional, social y cognitivo.

Tiempo Oportuno: Bogotá D.C.

“Este programa busca atender integralmente en Centros de Desarrollo Infantil a niños y niñas desde la gestación hasta los 5 años, cuyas familias estén en condiciones de vulnerabilidad y pobreza, para que crezcan en espacios de socialización adecuados y se les reconozca como sujetos de derechos”. Secretaría Distrital de Integración Social

Este proyecto que está a cargo de la Subdirección para la Infancia, adscrita a la Secretaría Distrital de Integración Social, busca materializar todas las acciones de primera infancia desde la gestación hasta los cinco años de edad, fundamentalmente para los niños de SISBÉN 1 y 2. En ese orden de ideas, lo que se ha buscado con este proyecto es articular las diferentes acciones de política y normativas que existen, para poder trabajar en el tema de la gestación, la lactancia y la educación inicial. En el tema de educación inicial, se dispone de 262 jardines infantiles en toda la ciudad, que operan bajo cuatro modalidades —jardines infantiles, casas vecinales, acciones solidarias y alianzas amigas para la niñez— y son administrados por medio de un comité tripartito en el que participan el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, las Cajas de Compensación —COMPENSAR, COLSUBSIDIO y CAFAM— y la Secretaría Distrital de Integración Social. En materia de lactancia materna, se cuenta con 116 salas amigas de la lactancia materna que operan en los jardines infantiles, donde se les brinda a las madres lactantes de niños menores de

dos años una serie de servicios que incluyen acompañamiento y orientación en el proceso de extracción, conservación y suministro de la leche materna, bajo criterios técnicos saludables. Todo este trabajo es complementado por los equipos pedagógicos y de formación a las familias, con que cuenta el Distrito, que orientan a aquellos padres, madres y acudientes que viven de cerca todo el proceso de educación inicial de los niños y niñas; adicionalmente realizan un acompañamiento a la construcción, implementación y evaluación de proyectos pedagógicos institucionales.

Comfama

“Como parte del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, Comfama potencializa capacidades institucionales a través de la concertación para focalizar en variables de alta criticidad”.

En materia de primera infancia, el Sistema de Compensación Familiar busca nivelar las oportunidades disponibles para todos los trabajadores afiliados y sus familias. En tal sentido, Comfama participa en el diseño e implementación de las políticas públicas de primera infancia; adicionalmente, propende por la protección, la asistencia y la promoción integral de las familias, por medio de una amplia oferta de programas y servicios que inciden de forma directa en la reducción de las brechas de inequidad; y, finalmente, articula su red de servicios subsidiados para la protección a la infancia, teniendo como eje el ciclo vital. Los programas de atención a la primera infancia para los afiliados a Comfama incluyen: oportunidades a la recreación, la cultura y el tiempo libre; oportunidades para la educación inicial; oportunidades de protección y participación; y oportunidades para la salud.

Buen Comienzo: municipio de Medellín

Busca ofrecer atención integral de manera universal a los niños y niñas más pobres de 0-6 años.

El programa *Buen Comienzo* ofrece una amplia gama de servicios que les brinda a los niños y niñas —desde la gestación hasta los seis años— de hogares de más bajos recursos económicos de la ciudad de Medellín la oportunidad de desarrollarse integralmente. Los servicios ofrecidos dentro del programa están orientados a promover cuatro componentes básicos para el desarrollo integral de los niños: la atención en salud, la nutrición, la educación y la recreación, a partir de la articulación del trabajo familiar y comunitario con el Estado (entorno institucional). Estas modalidades de atención comprenden acompañamientos en el hogar, ludotecas, escuelas, centros y jardines infantiles, espacios comunitarios y hogares infantiles del ICBF, donde se les ofrece a los niños y sus familias atención a través de programas de complementación alimentaria, control prenatal, de crecimiento y desarrollo, actividades académicas y recreativas, entre otros.

Este programa —creado por acuerdo municipal en el 2004 e incorporado al Plan de Desarrollo de la administración Salazar 2008-2011 “Medellín es solidaria y competitiva”— consolida la política municipal para fomentar el desarrollo de la P.I. y conlleva múltiples retos para la administración municipal en términos de cobertura, calidad y desarrollo institucional. En cuanto a cobertura, se espera alcanzar un acceso progresivo a la atención integral de los niños de SISBEN 1, 2 y 3 (cobertura plena en los niveles 1 y

2). En materia de calidad, el objetivo es desarrollar nuevas infraestructuras, mejorar los espacios de atención existentes, formar a los agentes educativos, mejorar las modalidades de servicio ofrecidas y las orientaciones pedagógicas. Finalmente, los retos en torno al desarrollo institucional contemplan la formulación, apropiación y seguimiento a la política pública de primera infancia, la investigación e identificación de experiencias significativas y la consolidación de un sistema de información, monitoreo y evaluación.

* * *

De las experiencias de *Chile crece contigo*, *Educa a tu hijo* de Cuba, *Familia a tu lado aprendo* del departamento de Antioquia, *Tiempo oportuno* de Bogotá y *Buen Comienzo* de Medellín, se puede destacar que los principios de diseño de dichos programas tienen componentes comunes como la atención a niños y niñas con mayor nivel de vulnerabilidad por medio de la prestación de servicios que fomentan una mayor igualdad de oportunidades en el acceso a programas educativos, nutricionales, recreativos y de salud. Sin embargo, las modalidades de atención se dan a través de diversos mecanismos, como son: la atención personalizada y/o grupal; el acompañamiento, que en unos casos se da en el hogar y espacios comunitarios y, en otros, se da en centros especializados; el monitoreo y la construcción de políticas públicas, que en algunos casos es una política nacional y en otros es una política local, que puede incluir o no la participación privada; la asistencia de los miembros de la familia o del cuidador primario en el proceso de desarrollo del niño o la atención prioritaria y exclusiva al infante.

6. Conclusiones

La evidencia presentada nos permite concluir cuan valioso sería redoblar los esfuerzos para el desarrollo de la primera infancia —y continuarlos con todos nuestros niños y jóvenes—, principalmente porque estos esfuerzos traerían consigo beneficios sustanciales para la sociedad colombiana en tres aspectos principales: primero, al mejorar las perspectivas de productividad e independencia económica de cada individuo y la productividad y el crecimiento macroeconómicos; segundo, al reducir la desigualdad de ingresos vía mejoras en la movilidad social —debilitando nuestra inmovilidad social relativa— e igualando las oportunidades; y, finalmente, al incrementar la cohesión social y la seguridad y al reducir los costos sociales-fiscales del crimen, el embarazo adolescente, otras acciones remediales de alto costo.

A punto de iniciar la segunda década del siglo XXI en Colombia, las cifras disponibles demuestran que la situación de la infancia colombiana es preocupante. La falta de oportunidades para nuestros niños de bajos ingresos aún comienza desde la cuna: el bajo peso al nacer, los partos más riesgosos, la mayor morbilidad y mortalidad infantiles, el maltrato y el estrés tóxico son algunos de los obstáculos más sobresalientes que estos niños tienen que sortear para lograr integrarse social, económica y políticamente a la sociedad. Aún más, la población infantil en su conjunto es mucho más vulnerable a la pobreza que la población adulta y de la tercera edad. A pesar de que los sistemas de transferencias y subsidios públicos atenúan levemente la inequidad entre generaciones en contra de los menores, ellos no logran eliminar la vulnerabilidad relativa de nuestra población infantil. Los esfuerzos para ampliar y profundizar

las políticas para la atención de la Primera Infancia deben terminar allanando los numerosos obstáculos que hoy les impiden lograr un desarrollo y una integración económica adecuados.

La experiencia y conocimiento acumulado internacionalmente nos indican que las políticas de atención a la primera infancia más eficaces para mejorar la salud, el comportamiento y la calidad de vida del individuo adulto deben adoptar programas integrales para avanzar en cuatro dimensiones claves del desarrollo infantil: las ganancias cognitivas, físicas, emocionales y sociales. Y para ello se debe actuar simultáneamente favoreciendo un ambiente familiar, escolar y social estimulante, una buena nutrición y un crecimiento saludable. Asimismo, las políticas integrales para la primera infancia deben priorizar las acciones preventivas antes que las acciones remediales y deben poner atención a la calidad de las intervenciones, pues la baja calidad de las mismas ha comprometido su efectividad.

En Colombia durante la última década se han multiplicado las iniciativas privadas y públicas —en diferentes niveles de gobierno— para favorecer el desarrollo de la primera infancia. Muchas de ellas consultan en buena medida los principios de diseño que nos recomiendan las lecciones aprendidas a nivel internacional y local. No obstante, aún es temprano para sacar conclusiones de la efectividad y costo-efectividad de los diferentes programas de nutrición y cuidado de la primera infancia. Estas dudas solo podrán despejarse con un esfuerzo de monitoreo y evaluación sostenido durante la próxima década. De otra forma será difícil aprender de la diversidad de esfuerzos que se vienen impulsando.

Referencias

- Carneiro, Pedro. y Heckman, James (2003). *Human capital policy*. NBER Working Paper No. 9495. February, 2003.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social —CONPES— (2007). “*Política Pública Nacional de Primera Infancia: “Colombia por la Primera Infancia”*”. CONPES Social No. 109, julio de 2007.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social —CONPES— (2007). “*Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Psan)*”. CONPES Social NO. 113, diciembre de 2007.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2005). CENSO, 2005. [Disponible en Internet]: <http://www.dane.gov.co/censo/>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2003). Encuesta de Calidad de Vida, 2003. [Disponible en Internet]: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=35&id=32&Itemid=144
- Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia (2006). Anuario Estadístico de Antioquia, 2006. [Disponible en Internet]: <http://planeacion.gobant.gov.co/anuario2006/index.htm>
- Nimnicht y Arango (2001). PROMESA - Un programa para el sano desarrollo físico, emocional e intelectual de los niños/as pequeños/as. CINDE.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar —ICBF— (2008). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2005. [Disponible en Internet]: http://nutrinet.org/index.php?option=com_remository&Itemid=110&func=fileinfo&id=640
- Grantham-McGregor, S. y otros (2007). “Developmental Potential in the first 5 years for children in developing countries”. The international Child Development Steering Group. The Lancet, 369, pp.60-70.
- Kilburn, M y Karoly, L (2008). “The Economics of Early Childhood Policy”. RAND Corporation.
- López, Hugo y Núñez, Jairo (2007). Pobreza y Desigualdad en Colombia. Diagnóstico y Estrategias. *Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad* —MERPD-DNP—.
- Núñez y Espinosa (2005). “*Pro-poor growth and pro-poor programs in Colombia*”. Documentos CEDE.
- Palau, María del Pilar (2008). Felicidad, Riqueza y Movilidad Social en Colombia: ¿Envidia o Culpa? Tesis de Grado. Universidad de los Andes, julio 2008.
- PROFAMILIA (2005) Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). [Disponible en Internet]: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/2005resultados_generales.htm
- Gobernación de Antioquia (2004). “*Perfil Alimentario y Nutricional de los Hogares del departamento de Antioquia*”. Programa de Mejoramiento Nutricional y Alimentario de Antioquia (MANÁ).
- Schweinhart, L.J. (2004). “*The High/Scope Perry preschool study through age 40: summary, conclusions, and frequently asked question*”s. Ypsilanti: High/Scope Educational Research Foundation.
- Schweinhart, L.J., Barnes, H.V. & Weikart, D.P. (1993). “*Significant benefits: the high/scope perry preschool study through age 27*”. Ypsilanti: High/Scope Press.
- Unicef, 2006. Estado Mundial de la Infancia 2006: Excluidos e Invisibles.
- World Health Organization Commission —WHO— (2007). Early child development: a powerful equalizer.

Websites

<http://www.crececontigo.cl/>

<http://www.rimed.cu/preescolar/materiales.asp>

<http://www.oei.es/linea3/inicial/cubane.htm>

<http://mjei.org/>

<http://www.oas.org/udse/dit2/por-que/longitudinales.aspx>

<http://www.highscopemexico.org/historia.html>

http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/28573/sps132_lcl2712.pdf

<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6VB9-4JXR5C9-1/2/aeb28f4ded5a4899b6e2a2b2b5a8073d>

comfama

Carrera 45 No 49A-16 Teléfono: 510 51 95
Medellín, Colombia
www.comfama.com
comfama@comfama.com.co